

資 料

精神科訪問看護師のエンパワメントについて

Empowerment in Psychiatric Home Health Nurses

西垣 里志¹⁾*, 栗原 はるか²⁾

Satoshi Nishigaki, Haruka Kurihara

キーワード 精神科訪問看護師, エンパワメント

Key Words psychiatric home health nurses, empowerment

抄 録

目的 精神障がい者を訪問看護している看護師の, エンパワメントについて検討することを目的とする。

方法 精神科訪問看護ステーションの看護師6名に, 半構造化面接をし, 質的記述的に分析を行った。

結果 分析の結果【生活の質をあげるという役割の認識】【仕事から得られたやりがいと自信】【寄り添いながら生きる喜び】【精神科特有の症状に合わせた対応に疲弊】【スタッフとの会話が癒やし】の5つのカテゴリーを得た。

考察 精神科訪問看護師は, 患者の生活の質を上げることを役割として認識していた。この認識をもって患者と関わる中で, 寄り添いながら生きることの喜びを感じ, 仕事から得られたやりがいと自信が看護師をエンパワメントしていた。しかし患者の精神科特有の症状に合わせた対応に疲弊した気持ちが看護師のエンパワメントを阻害していた。また, 職場のスタッフとの会話が癒やしとなり, 気持ちを切り替えエンパワメントする役割を果たしていた。

I. 諸 言

近年, 精神障がい者に対する看護援助において, 対象者をエンパワメントする看護が求められている。看護師が対象者をエンパワメントすることができるかどうかは, まず, 看護師がどのようにエンパワメントしているかが重要になる。

エンパワメントの定義は, 曖昧で一致した定義がないと松岡 (2005) は述べている。

西岡ら (2014) によると, エンパワメントの概念の一致には至っていないが, エンパワメントとはエンパワメントの中で獲得する「パワー」を自らがコントロールしうるものとする支配感, 統制感, あるいはそれを獲得していく過程, それに伴う行動であると考えられると述べている。さらに今までは専門職の援助を受ける客体と見なされていた患者あるいは住民が主体であり, 専門職はパートナーとして過程に参加するものと位置づけられている。その前提として専門職自身が十分にエンパワーされていることが必要であるとしている。

看護師はストレスフルな職業である。精神科看護師のストレスには, たとえば患者からの暴力などというような独特のストレスがある (矢田ら

2010)。また, 患者の自殺や自殺企図, あるいは暴力などに直面した精神科看護師の心的外傷後ストレス (以下 PTSD とする) 事例率は高く, 消防隊員の惨事ストレス調査での PTSD のハイリスク群と同程度であるという報告もある (折山 2008, 大岡2007)。さらに, 精神科では, 慢性に経過する疾患が多く, 患者の依存や攻撃, 転移や逆転移, 家族との関係などストレスが高いといわれている (香月ら2010)。

精神科看護師のバーンアウトの特徴としても, 患者からの暴力や自殺念慮のある患者への対応, 患者との関係形成とその継続にエネルギーを使い続けることが言われており, 職業性のストレス以外の精神科独特のストレスがあることもバーンアウトの観点から示唆されている (Milchior et al. 1997; Sullivan1993)。また, 看護師のバーンアウトに関連する要因に, エンパワメントの不足が挙げられている。本村ら (2009) によると看護労働という側面で看護師がエンパワメントすることで自己効力感が高まり, バーンアウトの率が下がる。看護師がエンパワメントするとは, 具体的には看護チームの協力やお互いの尊重感, さらに医師からの尊重感などによるということが挙げられている。

1) 聖泉大学, School of Nursing, Seisen University

2) 聖泉大学, School of Nursing, Seisen University

* E-Mail nishig-s@seisen.ac.jp

しかし、訪問看護師の場合、患者に対する看護は訪問時通常1人で行うので、患者に対する迅速な判断やケアの負担感は、看護チームでのケアに比べ大きいと考えられる。精神科訪問看護も同様であるが、一人で訪問することにより、暴力時の対応などは精神科以外の訪問看護より一層の緊張を強いられ、負担感も大きい。さらに医師は、訪問の指示はするが、訪問看護ステーションに常駐していることは少なく、医師との連携も病院と比べて少ないと考えられる。これらより訪問看護師はエンパワーする機会が少ないといえよう。また、精神科訪問看護の場合、訪問対象者が、病気の経過から医療機関やケアへの不信感を持っていることが多く、患者から契約を打ち切ることがある。それにより、治療が中断して症状が悪化するという精神科訪問看護独特のリスクがある。このリスクを回避するためには、患者と看護師の密な関係が重要になる。従って、精神科訪問看護師は、患者それぞれとの関係性の構築に努めている。また、精神症状を呈している患者は、同じ疾患でも現れる症状がかなり異なる。それは、患者の病前背景にも関係したり人間関係にも関係したりしているため、症状の呈し方が様々で看護師は個別性の強い看護の提供をしなければならない。このような厳しい状況で、精神科訪問看護師は自分自身をエンパワメントしていかななくてはならない。

本研究の目的は、精神障がい者を訪問している訪問看護師に焦点を当て、そのエンパワメントを明らかにすることである。本研究は、精神障がい者を対象とした訪問看護師のストレスの軽減や、バーンアウトを検討する際の、基礎的資料になると考える。

2. 用語の定義

- 1) 精神科訪問看護師：現在精神障がい者を対象に訪問看護をしている訪問看護師
- 2) エンパワメント：エンパワメントの用語には様々な定義があるが、本研究においては、巴山ら(2003)が述べている他者との相互作用を通して自らの最適な状況を主体的に選び取り、その成果に基づくさらなる力量を獲得するプロセスとする。

II. 研究方法

1. 研究デザイン

質的記述的研究

2. 研究参加者

精神障がい者を対象としている、A県内3か所の訪問看護ステーションに勤務している訪問看護

師6名とした。

3. 研究参加者のリクルート方法

精神障がい者を対象としている訪問看護ステーションの管理者に、研究協力の同意を得たうえ、研究者が訪問看護ステーションにおいて研究の趣旨等を口頭説明したのちに、研究参加の承諾を得た看護師に対して、文書で研究の詳細説明を行い、同意を得たものを参加者とした。

4. データ収集方法

インタビューガイドに基づいて、半構造化面接によってデータを収集した。インタビューガイドの内容は、①年齢②看護師としての経験年数と精神科看護師経験年数③訪問看護師歴④担当している患者数⑤患者に対して、精神科訪問看護師としての役割とは⑥仕事の中でどのようなことがあると元気になるか⑦どのようなことがあると気持ちが疲れるか⑧気持ちが疲れた時には、どうやって仕事の中で気持ちを立て直すか、とした。面接内容は、研究協力者の許可を得てICレコーダーに録音した。録音したデータにより逐語録を作成し、分析対象とした。インタビュー時間は22分から39分で、一人平均31分であった。インタビューの場所は、研究参加者の希望する、それぞれの訪問看護ステーションの1室を借りて行った。

5. データ収集期間

2017年1月～2月までの2か月間

6. 分析方法

作成した逐語録より、精神障がい者を対象とした訪問看護師のエンパワメントについて語られている内容に着目し、研究参加者が用いた言葉や成句を選びコード化した。次に、これらのコードから同じ意味内容のものを集めてグループ化した。このグループは概念的に関連するコードから集められたもので、下位カテゴリーとした。次に下位のカテゴリーを概念的に関連するグループ化をおこない、中位のカテゴリーとした。さらに中位のカテゴリーの内容の類似性に着目して抽象度を上げて上位のカテゴリーの生成をおこなった。分析内容の妥当性を確保するために、生データからコード化し、さらに次第に抽象度を上げながらカテゴリーを生成する段階において、研究者間でデータの確認作業を行いながら、解釈や分析にバイアスや不適切な主観性がないかを検討し協議を重ねながら、分析を進めた。

7. 倫理的配慮

研究協力者には、研究の目的と方法、参加は自

由意志であること、研究参加の撤回は自由であり、それによる不利益は被らないこと、個人が特定されないよう匿名化すること、研究目的以外には使用しないこと、研究結果は公表するなどを、書面と口頭で説明し、文書で同意を得た。インタビューの場所は、プライバシーが確保できる部屋でおこなった。得られたデータは、個人が特定されないように記号化した。本研究は、聖泉大学研究倫理委員会において承認を受け実施した。（承認番号016-007、承認日2016年12月2日）

Ⅲ. 結 果

1. 研究参加者の背景

研究参加者は、表1のような背景であった。6人の研究参加者は全員女性で、平均年齢は44.33歳（±8.08）で、看護師歴は14年から38年であった。さらに精神科歴は、4年から16年で、訪問看護師歴は5年から13年であった。

2. 精神科訪問看護師のエンパワメントに関する分析

以下のように抽出された（表2）。

186コード、28下位カテゴリー、11中位カテゴリー、5上位カテゴリーが抽出された。抽出され

た上位カテゴリーは【生活の質を上げるという役割の認識】【仕事から得られるやりがいと自信】【寄り添いながら生きる喜び】【精神科特有の症状に合わせた対応に疲弊】【スタッフとの会話が癒やし】であった。

以下、上位カテゴリーを【 】, 中位カテゴリーを[], 下位カテゴリー〈 〉, コードは(), データは「 」で示す。

- 1) 精神科訪問看護師は、患者に〈いろいろな状況に適応できるように促す〉ことをしており、そのために〈患者との会話と生活面の手伝いが仕事〉と捉え、[精神の訪問は状況に適応できるお手伝いをすること]としていた。また〈いつもと違うことへの気づきが大事〉であり、その気づきが【生活の質をあげるという役割の認識】につながっていた。
- 2) 訪問看護師は、患者の状況に合わせた取り組みをしていた。「琵琶湖1週カードみたいなものをケアマネさんと作る」ことをしたり、〈畑仕事や散歩で得られた収穫〉の大根を患者とともに喜んだり、〈糖尿病でもお花見をしてからお餅を食べることを続ける〉ことをしていた。

表1 研究参加者の背景

	年齢	性別	看護師歴(年数)	精神科歴(年数)	訪問歴(年数)
A	51	女性	27	4	11
B	39	女性	16	16	13
C	36	女性	14	14	8
D	59	女性	38	6	6
E	39	女性	17	5	5
F	42	女性	16	6	6

表2 精神科訪問看護師のエンパワメントについて

上位カテゴリー	中位カテゴリー	下位カテゴリー
生活の質をあげるという役割の認識	精神の訪問は状況に適応できるお手伝いをすること	色々な状況に適応できるよう促す 患者との会話と生活面の手伝いが仕事 自立に向けて症状が落ち着くようにする
	いつもと違うという気づきと生活の質を上げることが役割	家族に近い存在で一緒に生きていく仕事 服薬を継続させ生活の質を上げる いつもと違う事への気づきが大事
仕事から得られたやりがいと自信	仕事から得られたやりがいと自信	一緒に考えることで生きている手応えを得る やりがいは自信につながる 病気は人ごとではないという思い
	共に達成感をもつための丁寧な関わり	畑仕事や散歩で得られた収穫 高齢者への個別的対応で達成感を得てもらう 糖尿病でもお花見をしてからお餅を食べることを続ける 良い表情を得たことが自らの達成感
寄り添いながら生きる喜び	患者の気配りがうれしい	患者の何気ない一言がうれしく、人としての関わりがエネルギーになる お互いのことを話し合い、患者と一緒にやることが勉強になる
	患者の成長と患者への愛着がエネルギーになる	その人らしく安定して過ごせたらうれしい 一緒に生きていきことと患者への愛着が力になる
精神科特有の症状に合わせた対応に疲弊	言葉かけや対応に気を使い疲れる	症状を受け止めながらも手探りで訪問をする 距離感や言葉かけに気を使いながら対応する うまく話せず沈黙が長くなると疲れる
	患者と自分の思いのすれ違いに葛藤する 暴力行為や被害妄想の対象になるとしんどい	患者と自分の思いのすれ違いがもやもやを生む 暴力行為や妄想幻聴があると疲れる
スタッフとの会話が癒やし	スタッフ間で話することで気持ちを切り替える	仕事のスタッフにかかわりあえるのでしんどさを職場で解決する 朝の短時間と昼食時に情報交換する スタッフに聞いてもらっただけで気持ちが楽になる
	一人で抱え込まないようにカンファレンスする	先輩の経験談やアドバイスで気持ちを立て直す カンファレンスでの情報共有や勉強会が貴重である 話し合うことで一人で抱え込まず看護の質を上げる

そして患者の〈良い表情を得たことが自らの達成感〉になっていた。訪問看護師は患者と「ともに達成感をもつための丁寧なかかわり」を積み重ねていた。こうした患者との出来事から〈やりがい・自信につながる〉としていた。患者に対する丁寧なかかわりは、【仕事から得られたやりがいと自信】になっていた。

- 3) 精神科訪問看護師は、「やっぱり落ち込んだ時に患者さんからの何気ない一言とかが、うれしかったことは何回かあります」と発言している。また、訪問先の患者に対して、〈その人らしく安定して過ごせたらうれしい〉と思っていた。そしてそれは「患者さんへの愛着」と感じており、〈一緒に生きていくことが自分の力になる〉としていた。これらは、患者と【寄り添いながら生きる喜び】となっていた。
- 4) 訪問の対象となっている精神障がい者は、様々な症状がある。訪問時に状態が悪い時もあり、〈暴力行為や妄想幻聴があると疲れる〉としていた。また、「(訪問期間が)長いので信頼関係ができてから、ここまで入ってもいいやろって私自身は思っていることが、患者さんにとっては、しんどいのよ」というような、〈患者と自分の思いのすれ違いがもやもやを生む〉といった状態があった。それは「患者と自分の思いのすれ違いに葛藤する」ことになっていた。さらに、〈距離感や言葉かけに気を使いながら対応〉していた。これらは精神科訪問看護師には、【精神科特有の症状に合わせた対応に疲弊】というパワーレスな気持ちを引き起こしていた。
- 5) 精神科訪問看護ステーションで働いている看護師は、〈朝の短時間と昼食時に情報交換〉をおこなっていた。そして〈スタッフに聞いてもらうだけで気持ちが楽になる〉と感じており、それは「スタッフと話をすることで気持ちを切り替える」ということであった。これらより、精神科訪問看護師には【スタッフとの会話が癒やし】となっていた。

IV. 考 察

1. 研究参加者の背景について

本研究の参加者が属している訪問看護ステーションは、病院付属のステーションが1か所、独立してステーションを運営しているところが2か所であった。ステーションの規模は、職員数が常

勤と非常勤を含めて4名～8名であった。

研究参加者の看護師歴については、14年から38年というキャリアがあるスタッフナースで、精神科の経験は4年から16年、さらに訪問看護の経験は5年から13年であった。

2. 精神科訪問看護師のエンパワメントについて

1) 生活の質を上げるという役割の認識

精神障がい者は、2004年9月精神保健福祉の改革ビジョンにより、ケアの場が病院から地域へと移行しつつあり、地域での精神障がい者の支援という役割を担うのは、主に精神科訪問看護師である。本研究におけるインタビューの中で、精神科訪問看護師たちは、様々なことを語っている。(在宅で暮らすということは、こうしなければならないということはない)と考えており、(いろんな状況に適応できるように促す)ことをおこなっている。精神障がい者はその病気の特徴から、思考の混乱があったり、強いこだわりがあったり、あるいはセルフケアが不十分であったりする。こうした状況に対して、看護師は柔軟な対応を求められる。それらは、患者が「状況に適応できるようにお手伝いすること」とした役割の認識である。そして何よりも、患者自身のその人らしい人生をどのように組み立てていくのかという事を患者と共に考えながら、患者の生活の質を上げることを大事にして、人生に寄り添うという思いが精神科訪問看護師の意識下にあると考える。この役割の認識は使命感でもあり、看護師をエンパワメントしていた。片倉ら(2007)は、精神障がい患者の多くは、長期に症状を抱えて生活している。こうした人たちは、大きく変わり映えないことが安定している状況で、2年以上継続して訪問看護を受け入れられていること自体が、地域生活の維持ができていてことであり、訪問看護の成果と考えられていると報告している。従っていつもと少しでも違う状態が観察できれば、症状が悪くなっているのではと危惧する。これは、精神科訪問看護師の、精神障害に対する疾患と障害の理解が十分になされた上で積み上げられた臨床経験と、患者との関係性の構築が、いつもと違うという気づきと適切な判断に結びついているのではなからうか。角谷(1995)の報告によると、精神障がい者の生活の質の特徴は、健常者と比べて主観的満足度が低いとしている。精神科訪問看護師は、精神障

がい者の主観的満足度を上げるために、役割の認識すなわち使命感として生活の質を上げるように努めており、それがエンパワメントとなっていた。

2) 仕事から得られたやりがいと自信・精神病特有の症状に合わせた対応に疲弊・寄り添いながら生きる喜び

在宅で生活している精神障がい者を訪問することは、生活の場に踏み込むことになり、看護師は生活者としての関わりを意識することが多い。精神障害の疾患の特徴から、患者の多くは入退院を繰り返す。病院生活とは異なり、患者自身の生活を支えるための訪問であり、そのためには患者自身が自らの生活に関しての意思を示していくことが求められる。こうした意思や意思決定は患者にとってその表出が難しいことが多々ある。精神科訪問看護師は、患者や病気の特性を理解し、患者の生活を基盤とした人としての関わりを意識していると考えられる。坂井ら（2012）の報告でも、患者を病者としてだけでなく、生きがいを持った人としてとらえることが、彼らがよりよく生きるための支援方策を考えるうえで重要であるとしている。本研究参加者も、〈患者の何げない一言がうれしくて人としての関わりがエネルギーになる〉と思っていた。それは人としての「患者の気配りがうれしい」という感情を生み、「患者と一緒に生きていくことと愛着がエネルギーになる」という思いを生成していた。

しかし、精神科訪問看護師は、訪問先の患者の状態が悪い時も訪問しなければならない。「暴力行為や被害妄想の対象になるとしんどい」という思いや、〈距離感や言葉かけに気を使いながら対応する〉ことをしていた。また、患者への期待から〈患者と自分の思いのすれ違いに葛藤する〉経験をしていた。こうした状況は、精神病特有の症状でそれに合わせた対応に疲弊する気持ちを生じさせていた。この疲弊した気持ちは精神科訪問看護師にとってパワーレスな状況を引き起こし、デイスエンパワメントになると考えられる。

このように、精神障がい者を訪問看護する看護師には、その関わりにおいて、自らをエンパワメントする出来事やパワーレスを引き起こす気持ちを経験している。こうしたことは、訪問看護としての仕事上で起こることである。精神科の訪問看護の仕事は、薬の中断による精神症状の悪化を防ぐために、薬の服用管理や、生活の質を高めるた

めの趣味や興味を見つける支援、引きこもり傾向の人には外出を促すなど多岐にわたる。研究参加者の中には、患者に対して畑づくりを提案して、運動不足の解消や趣味をもつことの獲得に努めたり、あるいは花見の時期を利用して、糖尿病の患者を散歩に連れ出したりしていた。そしてただ散歩をするだけでなく、楽しみとして一緒にお餅を食べて、ともに時間を過ごす工夫をしていた。こうした仕事上の患者との関わりの工夫や努力は、患者の満足感だけでなく看護師自らの達成感にもつながっていた。そして【仕事から得られたやりがいと自信】は紛れもなく精神科訪問看護師のエンパワメントになっていた。また、仕事から得られたやりがいは看護師の職務満足と関連していると考えられる。吉田（2014）によると、訪問看護師のバーンアウトの要因の一つに『職務満足感』が挙げられている。精神科訪問看護師自らのやりがいや達成感は、職務満足感と関連しており、バーンアウトせず、職務継続しやすい状況を仕事の中で作り出しているのではないかと考える。

3) スタッフとの会話は癒やし

看護労働は、感情労働としての特徴をもつ。それは喜びや悲しみを体験する機会が多いというばかりでなく、状況に応じてそれを抑制したり、逆に、それを意識的に表現することを通して患者の療養上の世話を進める仕事である。また、看護師の実践を方向付ける核であり、価値として『患者の立場に立つ』ということがある。患者の立場に立つこと、寄り添うこと、これが看護師の実践を支えている。この患者との関係で、看護師は職務上の『やりがい』や喜びと『ジレンマ』を解消する上で、同僚や信頼できる先輩看護師とのきずなが大きな役割を果たすとしている（高橋2012）。本研究においても、訪問看護師は〈朝の短時間や昼食時に情報交換する〉ことや、〈先輩の経験談やアドバイスで気持ちを立て直す〉こと、〈スタッフに聞いてもらうだけで気持ちが楽になる〉ということを経験しており、苦しい思いを職場で共有し解決する努力をしていた。高橋（2012）は、労働の場で必要とされる力量とは、個人に内在するものでなくて、協同の労働で必要とされる集団的な力であると述べている。精神科訪問看護は、通常一人で訪問する。迅速な判断を求められ自分一人で悩み、解決に向けてその場で判断する機会が多々ある。精神科訪問看護の場合、迅速な判断の

特殊性として、自傷他害の危険がある暴力時の判断や、縊死や大量服薬による自殺企図など緊急性を要することが多い。精神科訪問看護の特殊性からみても、看護師にとってはかなりの負担でありストレスにつながるものと考え、実際に症状の悪さから起きてしまった様々な事柄を、訪問看護ステーションに持ち帰りスタッフ同士で話すことにより気持ちを切り替え、看護師はエンパワメントしていた。本研究に参加した施設は、厳しい時間の中で毎週定期的カンファレンスの場を設け、スタッフ間で話し合うことで、困難なことを一人で抱え込まないようにし、集団の力を利用して気持ちの切り替えをおこなっていた。こうしたスタッフとの会話が癒やしとなり看護師の気持ちが切り替えられてエンパワメントされ、仕事に向かう力を生み出し、それにより患者に対するケアの質が上がる事が考えられる。精神科訪問看護師のケアの質が上がることは、患者の生活の質を上げる原動力になるのではないかと考える。

V. 結 論

精神科訪問看護師は、患者の生活の質を上げるという役割の認識をしていた。この認識をもって患者と関わる中で、患者に寄り添いながら生きる喜びを感じ、それが精神科訪問看護師のエンパワメントになっていた。しかし、患者の病気の症状に合わせた対応に、疲弊した気持ちになりエンパワメントが阻害される。こうした時には、職場のスタッフとの会話が癒やしとなり気持ちが切り替えられてエンパワメントしていた。そして、このような経験を生む仕事から得られる、やりがいと自信も精神科訪問看護師をエンパワメントしていた。

付 記

本研究は平成28年度聖泉大学看護学部研究助成金を受けて実施しました。本研究における利益相反は存在しません。

謝 辞

本研究にご協力いただきました、3つの訪問看護ステーションの管理者及び訪問看護師の皆様にご心よりお礼申し上げます。

文 献

角谷慶子 (1995) : 精神障がい者における QOL 測定

の試み 生活満足度スケールの開発, 京都府立医科大学雑誌, 13, 53-60.

香月富士日ら (2010) : 精神科看護師に対するストレスマネジメント・エンパワメントプログラムの効果—予備研究報告—, 日本精神保健看護学会誌, 19巻 2号, 55-64.

片倉直子ら (2007) : 統合失調症をもつ利用者に対する効果的な訪問看護の目的と技術に関する研究, 日本看護科学会誌, 27 (2), 80-91.

松岡克尚 (2005) : 精神障害者のエンパワメントにおける「障害者文化」概念適用の可能性と課題, 関西学院大学社会学部紀要, 第99号, 115-130

Melchior M, E. W., Bours G. J., (1992) : Burnout in psychiatric nursing : a meta-analysis of related variables. Journal of psychiatric Mental Health Nursing, 4, 193-201.

本村良美, 八代利香 (2009) : 看護師のバーンアウトに関連する要因, 日本職業・災害医学会, 58巻, 3号, 120-127.

大岡由香 (2007) : 精神科看護師が職場で被るトラウマ反応, 精神医学49巻 2号, 143-153.

西岡久美子, 中野絢美 (2014) : 看護学領域におけるエンパワメントの文献的考察—わが国の看護における透析導入前 CKD 患者への適用—, 高知女子大学看護学会誌, Vol39, NO 2, 88-93

折山早苗 (2008) : 患者の自殺・自殺企図に直面した精神科看護師のトラウマティック・ストレスとその関連要因, 日本看護研究学会雑誌, 31巻 5号, 49-56.

坂井郁恵ら (2012) : 地域で生活する統合失調症を患う人々が生きがいを獲得する過程, 日本精神障がい者リハビリテーション誌, 16 (1), 49-56.

Sullivan P. (1993) : Stress and burnout in psychiatric., Nursing Standard, 8 (2), 36-39.

高橋満 (2012) : 看護の力をどのように育むのか (2) —労働の場における学びの方法と構造—, 東北大学大学院教育学研究科研究年報, 第60集, 第2号, 99-124.

巴山玉蓮, 星旦二 (2003) : エンパワメントに関する理論と論点, 総合都市研究, 第81号, 5-18

矢田浩紀ら (2010) : 精神科看護師の職業性ストレスに関する現状の問題点と今後の展望, 産業医科大学雑誌, 32 (3), 265-272.

吉田美穂 (2014) : 訪問看護師のバーンアウトに関する研究の動向と課題 —過去10年間の文献から—, 鶴見公立大学紀要, 第35巻, 103-106.